

ANNÉE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Egon IOSEFOVICI

Né le 27 Juillet 1911, à BUCAREST (Roumanie)

**Présentations de l'épaule
négligées
à la maternité de l'Hôpital Lariboisière
(1926-1936)**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No _____

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Egon IOSEFOVICI

Né le 27 Juillet 1911, à BUCAREST (Roumanie)

Présentations de l'épaule
négligées

à la maternité de l'Hôpital Lariboisière
(1926-1936)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

MM	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physiologie médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUJIFNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
Clinique médicale	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUTLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON	Hygiène.
DOGNON	Physique.	LABBE Henri..	Chimie biologique
FEY	Urologie.	LACOMME	Obstétrique.
FUNCK		LANTUEJOL..	Obstétrique.
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
GAILLIARD	Parasitologie.	LELONG	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.		

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OVERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Ophtalmologie.
RENARD (L.) ..	Physiologie.
RICHET	Obstétrique.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

224

Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie
PHILIBERT ..	Bactériologie.

IV - Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT (Pasteur)	
MEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY SOLAL	
METZGER	

V. - Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Qui m'ont toujours si tendrement aimé et qui ont fait tant de sacrifices pour moi; qu'ils trouvent dans ce modeste ouvrage, un humble témoignage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A MON CHER FRÈRE DAN

Avec toute ma tendresse et mon affectueux dévouement.

AUX MIENS

A MES AMIS

Surtout à ceux, qui ont partagé avec moi les joies et les peines pendant les longues années d'études.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur de nous
inspirer le sujet de cette thèse.

Hommage de respectueuse gratitu-
de et de profonde reconnaissance pour
son précieux enseignement et pour la
bienveillance avec laquelle il nous a
toujours accueilli.

AU DOCTEUR R. GRINBERG

Qui nous a aidé de ses précieux
conseils.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS

PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE
NÉGLIGÉES
A LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
(1926-1936)

INTRODUCTION

La présentation de l'épaule négligée, qu'on voit de moins en moins, a suscité de nombreuses recherches de la part des accoucheurs préoccupés à la combattre et à la prévenir; ces travaux ont diminué les risques, que couraient la mère et l'enfant. C'est qu'en effet, en dehors du pronostic grave qu'elle comporte, elle était naguère assez fréquente.

« Il y a 50 ans — disait M. PINARD — c'était l'époque où il ne se passait guère de nuit, où l'interne de garde de nos hôpitaux ou maternités ne fût réveillé par l'arrivée d'un brancard, où gisait une pauvre femme, mère déjà de plusieurs enfants, et qui nous venait en plein travail, avec une présentation de l'épaule. On ne voit plus guère aujourd'hui pareil spectacle. L'hygiène de la gestation, telle que les travaux du dernier demi-siècle ont permis de la constituer, nous permet d'éviter de pareils accidents.

Mais, si la masse des femmes a pu profiter de ces progrès, c'est que, non seulement les données de la science ont mis à notre portée des moyens nouveaux,

mais encore que l'opinion médicale et l'opinion publique ont été frappées de ce fait, que pareils moyens étaient en notre pouvoir, qui nous permettaient de prévenir pour ne pas avoir à guérir ».

Nous verrons, dans notre statistique, que l'éducation publique s'est faite peu à peu, sous l'impulsion vigoureuse donnée par les accoucheurs et les médecins; de plus en plus nombreuses les femmes enceintes viennent se faire examiner à intervalles réguliers, dans les consultations prénatales des maternités.

En ville, médecins et sages-femmes exercent une surveillance tout le cours de leur grossesse, de sorte que, bon nombre de présentations transversales sont dépestées, transformées et maintenues.

Mais, si les populations des villes sont informées sous ce rapport, il n'en est pas de même de celles des campagnes.

Le médecin est, trop souvent, appelé au moment du travail et se trouve devant une présentation de l'épaule négligée.

Dans la majeure partie des cas, il arrive alors que le moment est passé où la version aurait pu être faite. Conditions lamentables, pronostic grave, résultats : mort presque certaine du fœtus, danger sérieux pour la mère.

Après avoir montré l'impossibilité de l'accouchement, nous insisterons surtout sur la *diminution numérique des présentations de l'épaule négligées*, sur les causes de cette diminution, prenant comme exemple, la période de 1926 à 1936, à la *Maternité de l'hôpital Lariboisière*.

DEFINITION

On distingue, du point de vue étiologique, deux catégories de présentation de l'épaule :

1° Les présentations de l'épaule dites SYMPTOMATIQUES, dues à des causes intra ou extra-utérines, qui empêchent l'accommodation normale du fœtus (fibrome, kyste juxta-utérin, placenta praevia, etc.);

2° Les présentations de l'épaule dites ACCIDENTELLES, qui traduisent une absence d'accommodation du fœtus (utérus atone des grandes multipares à paroi abdominale flasque, fœtus prématuré et petit, grossesse gémellaire).

Mais, en dehors de ces cas, qui ont une importance considérable pour la direction du traitement, il en est une certaine catégorie, dans lesquels LES PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE ONT ÉTÉ « NÉGLIGÉES ».

Si tous les accoucheurs sont d'accord sur les symptômes, qui caractérisent une présentation de l'épaule dite « négligée », par contre il y en a, qui n'attribuent pas ces symptômes à une véritable « négligence ».

Le docteur Paul BALARD, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux, considère, qu'il est délicat d'affirmer, même après un interrogatoire minutieux, que la dys-

tocie a vraiment été « négligée », à moins de vouloir systématiquement en rejeter la responsabilité exclusive sur ceux, qui ont présidé à l'accouchement.

Pour affirmer l'irréductibilité de l'épaule, il faut sans doute tenir compte du retard apporté dans le traitement, mais aussi de l'état du muscle utérin.

Il considère que, de ces deux grands facteurs : temps écoulé et contracture utérine, le second est la véritable cause efficiente, entrant en jeu beaucoup plus tard, mais souvent aussi beaucoup plus tôt, que le premier ne semblait devoir le permettre.

En sorte qu'une présentation de l'épaule peut être parfois irréductible, avant qu'on ait le droit de l'appeler négligée.

Mais le facteur temps n'est pas négligeable. Et si, en ville, l'éducation du public a été faite, dans les communes rurales, cette éducation laisse à désirer.

Dans la plupart des milieux ruraux, en effet, la femme enceinte n'est pas assez considérée comme une personne, qui demande à être surveillée de près par le médecin. Et, dans la plupart des cas, le praticien se trouve en présence d'une femme, qui n'a jamais consulté et qui vient le voir ou l'appelle, lorsque le travail est déjà commencé. Dans ces cas, il n'y a pas de doute, il s'agit d'une vraie négligence.

En passant sur ces considérations, voyons quels sont les signes, qui nous permettent d'affirmer, qu'il s'agit d'une présentation négligée.

1° La poche des eaux est rompue depuis longtemps (44 heures dans un de nos cas — Obs. n° 2). (1)

2° L'utérus est plus ou moins vide de liquide amniotique.

3° L'utérus est rétracté emprisonnant le fœtus; le segment inférieur est aminci.

4° L'épaule et la partie correspondante du tronc sont assez profondément et assez immuablement engagées pour empêcher l'introduction de la main; l'épaule est au-dessous de l'anneau de Bandl.

5° Fœtus mort.

En plus, il peut exister une procidence d'un bras ou des deux bras et du cordon.

Enfin, la température et le pouls dépassent la normale

Pour finir, nous sommes d'avis d'adopter la définition du docteur P. BALARD :

« La présentation de l'épaule négligée se trouve constituée lorsque l'épaule est engagée, l'amnios vide de liquide, l'utérus contracturé, le segment inférieur aminci, le tout accompagné de la mort de l'enfant » ; à cette définition s'ajoute le fait que la gestation n'a pas été suivie.

(1) REEB cite un cas où les membranes étaient rompues depuis 86 heures.

RAPPEL DU MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LA PRESENTATION DE L'EPAULE

Le terme d'« ACCOUCHEMENT » pour une présentation de l'épaule est presque une impropriété. La présentation de l'épaule est, en effet, et par essence même, dystocique. Au terme de la grossesse et avec un bassin de dimensions normales, l'expulsion d'un fœtus en présentation transversale est, en règle générale, impossible.

On comprend très bien, en effet, qu'au point de vue mécanique, le fœtus, qui se présente transversalement au niveau de la filière pelvi-génitale, ne saurait la franchir, malgré des contractions utérines violentes.

L'utérus au moment des contractions tend à rétrécir son diamètre transverse; par suite, il accentue la flexion de la tête sur le corps et le fœtus, comprimé de plus en plus, ne peut s'engager, mais enclave, dans l'excavation, l'épaule et la partie supérieure du tronc.

Alors, les membranes rompues, l'utérus se rétracte sur le fœtus. Celui-ci meurt d'abord, par le fait de la compression des organes abdominaux, notamment le foie et le cœur, ou bien par asphyxie, résultant, ou de

la compression du cordon contre les parois pelviennes, ou par arrêt des échanges fœto-placentaires ; puis, la mère, en second lieu, soit par rupture utérine, soit par infection.

D'ailleurs, ce ne sont pas les seules causes, qui empêchent l'accouchement.

Du fait de la présentation dystocique, la contraction utérine, la dilatation du col, la formation de la poche des eaux, se trouvent toutes viciées :

— ou bien l'utérus se contracte mal, ou bien devant l'obstacle, il se tétanise; la contracture est parfois si violente, qu'on voit le segment inférieur éclater et une rupture utérine se produire ;

— la poche des eaux, également, ne joue plus son rôle normal; dès que la dilatation atteint un, deux francs, tout le liquide se précipite en bas, donnant lieu à une poche des eaux en boudin, qui descend quelquefois jusqu'au périnée. Très souvent, elle éclate et l'on peut dire que la rupture précoce des membranes est de règle. Par suite, la dilatation du col se fait mal.

Très exceptionnellement, l'accouchement peut se terminer spontanément. (1)

L'accouchement spontané peut se faire de deux manières :

1° Par version spontanée —

La tête se trouve dans une corne utérine, le siège dans l'autre. La corne, qui abrite la tête, se contracte

(1) DENNAM, accoucheur de Londres, signala le premier, en 1772 et en 1784, la possibilité d'expulsion spontanée du fœtus, qui se présente transversalement.

plus fortement que l'autre; la tête est poussée en bas et l'accouchement se fait en sommet.

Pour que cette version spontanée ait lieu, il faut que les membranes ne soient pas rompues et que les contractions soient énergiques.

2° Par évolution spontanée —

Pendant toute l'évolution, c'est l'épaule qui se présente. Mais, il faut que le fœtus soit petit, et que les contractions utérines soient énergiques. Le plus souvent, il s'agit de multipares, à bassin large.

A un moment donné, on aperçoit une voussure au-dessus du pubis; c'est la tête fœtale, qui vient butter contre lui; puis le fœtus se déroule et le siège sort.

Parfois, l'évolution spontanée se fait « *conduplicato corpore* ».

Ce mode, dans lequel le fœtus est expulsé littéralement plié en deux, ne s'observe, en général, qu'avec des fœtus de petite taille, morts et macérés depuis un temps assez long. Rarement, il s'agit d'enfants de poids supérieur à deux kilos et non macérés. (1)

Malheureusement, la version et l'évolution spontanées ne sont que des éventualités très rares. (De 1926 à 1936, nous n'avons eu, à la maternité de Lariboisière, que 4 accouchements spontanés, dont 2 « *conduplicato corpore* », et il s'agissait de fœtus de moins de 8 mois, morts et macérés.)

Ainsi, la présentation de l'épaule aboutit, s'il n'y

(1) MM. HOUEL, LARRIBIÈRE et LARTIGUE publient, en effet, deux observations d'évolution spontanée avec expulsion de deux fœtus morts et non macérés, pesant respectivement 2.800 gr. et 2.150 gr.

a pas d'intervention à la mort du fœtus et à celle de la mère.

Dans les présentations négligées, le fœtus est presque toujours mort ou en tout cas compromis, car la tétanisation utérine a pour conséquence l'asphyxie du fœtus.

Mais la gravité de ces présentations négligées réside dans la possibilité d'une rupture utérine primitive, qui peut emporter la mère.

De plus, l'ouverture prématurée de l'œuf expose celui-ci à l'infection et au bout de quelque temps, celle-ci dépasse la limite amniotique et atteint les parois utérines mêmes, déterminant de l'emphysème utérin.

★★

Nous ne serions peut être pas complets, dans ce rappel du mécanisme de l'accouchement dans les présentations transversales, si nous n'exposions brièvement les *causes* de ces présentations.

Parmi les causes de présentation de l'épaule, les *malformations utérines* s'observent avec une relative fréquence. Ces malformations, qui peuvent être congénitales et tenir à la non suture des canaux de Müller, au cours de la vie intra-utérine, peuvent se présenter sous différents aspects. Nous pouvons avoir des utérus bidelphes ou des utérus cordiformes, dus à la présence d'une cloison médiane siégeant sur le fond de l'utérus et faisant saillie dans la cavité sous forme d'éperon. On peut aussi, se trouver en présence

de malformations acquises, parmi lesquelles, nous citerons surtout l'obliquité utérine, due à la présence d'une *tumeur praevia*, d'un *kyste de l'ovaire* ou de *retrécissement du bassin d'origine rachitique*.

Nous pouvons citer aussi l'*hydramnios* et le *placenta praevia*, qui prédisposent incontestablement à la présentation de l'épaule.

Parmi les causes, qui tiennent au fœtus : la *grossesse gémellaire*, le second fœtus se mettant facilement en présentation de l'épaule.

Une autre cause, c'est la *multiparité* — il s'agit de grandes multipares à utérus atone, à parois abdominales flasques.

Enfin, il y a *des cas, où on ne trouve aucune cause*, à laquelle on pourrait attribuer la présentation transversale.

RIVIÈRE communique, en 1921, le cas d'une primipare de 18 ans, chez laquelle, il diagnostique une présentation de l'épaule, sans pouvoir rattacher cette présentation à une cause. Cependant, il note le fait, que cette jeune fille, pour dissimuler l'augmentation du volume du ventre, usait d'un corset excessivement serré — c'est ce fait, qui pourrait, à la rigueur, expliquer la présentation vicieuse.

Mais, comme M. RIVIÈRE, le fait remarquer, à juste titre, il arrive parfois, qu'on ne trouve, même pas une raison semblable, pour expliquer une telle présentation et l'examen le plus minutieux ne révèle aucune cause plausible à invoquer.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET TRAITEMENT PROPREMENT DIT

Les présentations de l'épaule sont, de toutes les présentations du fœtus, celles qui demandent le plus de soins de la part du médecin.

Nous pouvons être appelé à intervenir, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, et au cours de celui-ci, avant ou après la rupture des membranes. Ce ne sera du reste, que, dans cette dernière hypothèse, qu'il pourra s'agir d'un TRAITEMENT DE PRÉSENTATION NÉGLIGÉE. Dans les autres cas, il s'agira plutôt du traitement prophylactique.

Nous exposerons, d'abord le *traitement prophylactique*, puis le *traitement proprement dit des présentations de l'épaule négligées*.

I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Ce traitement peut être envisagé, soit pendant la gestation, soit pendant le travail.

A. — PENDANT LA GROSSESSE, vers 8 mois 1/2, à une époque où le fœtus est assez développé, c'est la

version par manœuvres externes, qu'il faut pratiquer. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. (1)

Il semble préférable de pratiquer — ou du moins de commencer par tenter — la version céphalique.

Lorsque la tête est amenée au niveau de l'aire du détroit supérieur, il faut essayer de l'y maintenir à l'aide d'une ceinture appropriée.

S'il s'agit d'un utérus un peu cordiforme, il est difficile d'amener la tête en bas et il faudra alors essayer la version podalique.

Il faut appliquer ensuite une ceinture.

Il existe deux sortes de ceinture :

1° La *ceinture eutocique*, préconisée, puis abandonnée parce que considérée comme un moyen trop simple, a été remise en vigueur par M. PINARD.

C'est une ceinture avec deux poches latérales en caoutchouc, pouvant être gonflées de manière à former pelote de chaque côté de l'utérus.

Suivant que la partie fœtale a la tendance à filer vers l'une ou l'autre des fosses iliaques, on distend à volonté l'une ou l'autre des deux poches.

2° Une *ceinture composée d'une bande de tissu résistant*, suffisamment large pour contenir l'abdomen, depuis le pubis jusqu'à la région sus-ombilicale.

Le rôle prophylactique de la ceinture réside, soit dans la correction d'une mauvaise direction du globe

(1) Cependant M. WILLIAMS, *Obstétrics* 1924, est hostile à la version, au cas d'un bassin rétréci ; il vaut mieux alors s'orienter vers l'opération césarienne pratiquée au jour choisi.

utérin, surtout dans le cas d'antéro ou de latéro-version de l'utérus gravide, soit, dans le cas d'excès de liquide pouvant faire prendre une position vicieuse au fœtus, dans la réduction de cette position vicieuse et dans son maintien ultérieur, une fois la réduction obtenue.

Pour que l'appareil donne de bons résultats, il faut que la réduction, grâce à une compression régulière et continue s'exerce de façon à fatiguer progressivement les muscles de l'abdomen et à donner, à l'utérus et à son contenu, une nouvelle position, position favorable à la grossesse et à l'accouchement.

Ensuite, si l'on a reconnu de bonne heure l'anomalie, pour laquelle on veut instituer ce traitement, le port précoce et continu de la ceinture donnera un meilleur résultat.

A la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, cette technique est utilisée d'une façon courante.

Il est un point sur lequel on doit attirer l'attention. C'est la nécessité de contrôler à maintes reprises la réduction obtenue; car, très souvent, le fœtus se replace en présentation transversale, sous le bandage le plus soigneusement appliqué.

B. AVANT TOUT DEBUT DE TRAVAIL lorsque les membranes se rompent prématurément, M. GUÉNIOT préfère pratiquer l'opération césarienne qu'il appelle « prophylactique de dystocie par présentation de l'épaule ». Voici les termes dans lesquels il s'exprime :

« L'opération césarienne non différée, faite dans

de bonnes conditions, est l'opération de choix, sauvegardant le mieux les intérêts de l'enfant et de la mère, en leur évitant les aléas, que comportent l'expectation, et les complications, toujours à craindre, lorsqu'au voisinage du terme, il se produit une rupture prématurée des membranes, sans début de travail, et que la présentation de l'épaule reste irréductible dans les tentatives de version par manœuvres externes. »

C. PENDANT LE TRAVAIL

On peut être appelé à réduire la présentation transversale pendant le travail.

Plusieurs variétés de cas cliniques vont alors se présenter et la conduite est totalement différente dans chacun d'eux.

a) *Membranes intactes, dilatation incomplète.*

— La poche des eaux doit être respectée; donc on pratiquera le moins de touchers possible.

— Essayer la version par manœuvres externes, qui réussit d'ailleurs rarement.

— En cas d'insuccès, essayer d'orienter la tête pour le mieux par bandage et tampons.

— Placer un ballon de Champetier, afin de hâter la dilatation, qui s'effectue mal avec une présentation transversale, et pour s'opposer à l'engagement de l'épaule; le ballon, que l'on emploie de moins en moins dans les présentations de l'extrémité céphalique, qui déplace la tête et entrave son accommodation, rend, au contraire, ici, de précieux services.

b) *Membranes intactes, dilatation complète.*

— Pratiquer la *version par manœuvres externes*, de préférence sous anesthésie, après avoir rompu la poche des eaux.

MM. DEMELIN et DEVRAIGNE recommandent la version séparée (version du fœtus sans extraction).

DE LEE, tout en recommandant la version, préfère la version céphalique par manœuvres mixtes plutôt que la version podalique. Il complète l'engagement de la tête par une prise de forceps et laisse ensuite l'accouchement se terminer spontanément.

Ici encore, des causes anatomiques peuvent rendre impossible la version; on doit alors pratiquer, sans perdre de temps, l'opération césarienne, le fœtus étant vivant, bien entendu.

c) *Membranes rompues récemment, dilatation incomplète.*

Les auteurs ne sont pas d'accord.

1° Le ballon de Champetier de Ribes est considéré comme la méthode de choix par RIBEMONT-DESSAIGNE, LE LORIER, KAMNIKER, DE LEE. Mais MM. DEMELIN et DEVRAIGNE le déconseillent.

2° Dans des cas rares, MM. DEMELIN et DEVRAIGNE se résignent au tamponnement cervico-segmentaire.

3° MM. DUBRISAY et JEANNIN conseillent la dilatation bimanuelle, suivie de version; M. LE LORIER aussi, mais en désespoir de cause; M. WILLIAMS également, mais seulement en cas de procidence du cordon.

4° La version de Braxton-Hicks est conseillée par

certain auteurs, lorsque l'on peut passer deux doigts.

5° Si l'on peut entrer la main, MM. DEMELIN et DEVRAIGNE, KAMNIKER, DE LEE conseillent la version séparée; différer l'extraction.

6° M. DELMAS préconise l'accouchement forcé, en supprimant les douleurs par rachianesthésie.

d) *Membranes rompues récemment, dilatation complète.*

C'est toujours la version par manœuvres internes, qu'il faut pratiquer avec précaution (1).

II. — TRAITEMENT PROPREMENT DIT DES PRESENTATIONS DE L'ÉPAULE NEGLIGÉES

Lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps, la dilatation complète ou incomplète, fœtus mort, présentation engagée, la conduite est fonction de l'état de la tonicité utérine.

S'il n'y a *pas de contracture*, il faut essayer la version par manœuvres internes.

Cependant, M. LE LORIER estime qu'il est préférable de pratiquer l'embryotomie, lorsque l'enfant est mort.

Au contraire, MM. DEMELIN et DEVRAIGNE estiment que l'embryotomie peut céder le pas à la version, quand celle-ci semble facile.

S'il y a *contracture*, donc présentation négligée, le

(1) Lorenzo DIAZ recommande, avant de faire la version, d'introduire, dans la cavité utérine, 400 cc. de sérum salé tiède, par petites quantités de 20 cc., à l'aide d'une sonde de Nélaton. Ce procédé aurait beaucoup facilité, à l'auteur, l'intervention dans 77 cas.

traitement de choix est l'*embryotomie* ou l'éviscération.

Les praticiens d'autrefois, chargés de délivrer les femmes, dans les cas de présentation de l'épaule négligée, avaient recours au morcellement du fœtus.

On trouve dans HIPPOCRATE, CELSE, SORANUS D'EPHÈSE, AMBROISE PARÉ, quelques conseils pour effectuer ces opérations, le plus souvent au gré du hasard.

On tentait aussi, en incisant une des parties du corps du fœtus ou en faisant l'ablation, de favoriser soit la version, soit l'évolution.

De là, les noms de version et d'évolution forcées, que l'on trouve ainsi définies dans le manuel des accoucheurs de MM. DEMELIN et DEVRAIGNE.

« On pratique la version forcée quand, le fœtus étant mort, on détache par exemple un bras et que, saisissant un pied, on entraîne en bas et en dehors, le siège, puis le tronc. »

Mais ces opérations ne sont plus pratiquées aujourd'hui.

L'*embryotomie* les a remplacées.

« Qu'elle soit céphalique ou rachidienne, l'*embryotomie* est une opération grave, car elle expose la mère à des traumatismes nombreux, qui peuvent entraîner après eux des complications redoutables et le plus souvent mortelles », écrit BERGER dans sa thèse inaugurale.

On trouve dans la thèse de M. POTOCKI, l'énumération des instruments utilisés et préconisés par les différents accoucheurs. Nous ne retiendrons que ceux

dont on se sert habituellement : les ciseaux de Dubois, la guillotine de Tarnier et l'embryotome de Ribemont-Dessaigne. Nous n'insisterons pas sur la technique de l'embryotomie; nous indiquerons, qu'elle a été très bien décrite dans la thèse inaugurale de M. NAUDIÈRE.

En France, en effet, la technique est celle indiquée par M. NAUDIÈRE. Mais, il y a un procédé très violent, qui s'emploie en Allemagne. Nous voulons parler du crochet de Braun. Passé au-dessus du cou et adapté étroitement sur lui, on tire fortement, en imprimant des mouvements de rotation, à droite et à gauche, de manière à briser la colonne vertébrale et à séparer la tête du tronc.

Si la plupart des auteurs conseillent l'embryotomie, il y en a d'autres qui ne sont pas du même avis.

BUMM préconise de tenter toujours, avant l'embryotomie, une réalisation artificielle de l'évolution spontanée à la Douglas, par traction sur l'épaule et sur le tronc.

DE LEE donne le même conseil, si la nature a amorcé une évolution spontanée.

DE LEE considère l'exentération comme moins dangereuse que l'embryotomie, car elle nécessite une moindre pénétration de la main et de l'avant-bras dans l'utérus.

Enfin un grand nombre d'accoucheurs se sont trouvés bien de la césarienne suivie d'hystérectomie.

« En effet, si l'embryotomie réussit souvent, elle ne représente pas moins une intervention difficile, parfois

même dangereuse et réclame beaucoup de prudence. On la pratique, en effet, sur un utérus contracturé, souvent prêt à se rompre et qui cède au cours des manœuvres.

L'embryotomie n'évite pas toujours la laparotomie; souvent elle oblige à pratiquer une hystérectomie là où la césarienne aurait pu suffire. C'est pour cette raison, qu'il est parfois préférable de pratiquer d'emblée la césarienne, lorsque l'embryotomie paraît devoir être très malaisée », affirme le Docteur BALARD.

A l'appui de cette affirmation, il rapporte deux observations, où il montre que, à la suite des tentatives d'embryotomie, il s'est produit des ruptures utérines et qu'il a été obligé de pratiquer l'hystérectomie.

Quoi qu'il en soit, l'embryotomie reste l'opération qu'on doit pratiquer en présence d'une épaule négligée.

Le *traitement chirurgical* semble pourtant s'imposer dans différents cas :

1. Impossibilité d'accomplir l'accouchement par les voies naturelles.
2. Menace de rupture utérine.
3. Résistance du col à la dilatation, soit pour sclérose et *a priori* pour cancer du col.
4. Commencement d'infection.
5. Procidence du cordon.
6. Raisons d'ordre extrinsèque : complications survenant dans une présentation de l'épaule (elles en sont parfois la cause) et imposant par elles-mêmes l'idée d'intervention, soit qu'elles deviennent un obstacle à

l'accouchement (bassin rétréci, tumeur praevia), soit que, par leur extension, elles mettent la vie de la mère en danger.

« ...Lorsque, le fœtus étant mort, il est impossible ou trop dangereux de pratiquer l'embryotomie rachidienne, soit par suite d'une imminence de rupture utérine, soit par suite d'une rétraction ou d'une contraction de l'utérus excessives, d'une situation trop élevée du fœtus au-dessus d'un anneau de contracture, qui empêchent la main de pénétrer et d'arriver jusqu'au fœtus, pour guider les instruments, et empêchent de manier ceux-ci avec sécurité » (GUÉNIOT).

L'opération césarienne classique et la césarienne basse ou supra-symphysaire, se partagent les faveurs des accoucheurs à l'heure actuelle.

A ces deux opérations, qui sont plus fréquentes, s'ajoute l'extériorisation temporaire de l'utérus selon le procédé de M. le Docteur PORTES. Quant à l'opération de PORRO, elle ne se pratique, pour ainsi dire, plus aujourd'hui (1).

L'opération césarienne haute, donnait une grosse mortalité, surtout maternelle et, dans les cas tardifs ou suspects d'infection, se heurtait à des complications graves.

Il était dangereux d'ouvrir la cavité utérine, qui se trouvait dans un état plus ou moins septique, et les

(1) En 1924, DUVILLIER et BÉGHIN, rapportaient encore, à la Société d'Obstétrique et Gynécologie, l'observation d'une VIII-pare, chez laquelle ils ont pratiqué l'opération de Porro, pour présentation de l'épaule négligée.

touchers répétés, les membranes rompues depuis longtemps, prédisposaient la femme, à l'infection.

D'ailleurs, la situation de la plaie utérine pouvait favoriser l'infection, et, par là, empêchait la régression utérine.

Dans ces conditions, deux complications pouvaient survenir :

1. L'infection primitive, due au contact direct du péritoine et du liquide amniotique septique.

2. L'infection secondaire, due à la propagation des germes virulents au péritoine, à travers la suture de la brèche utérine.

Le point difficile était de savoir à quel moment il fallait intervenir. Certains préconisaient l'intervention dans les cas impurs, franchement infectés; d'autres, parmi lesquels M. LE LORIER, préconisaient la césarienne tardive, malgré la température élevée; d'autres encore, soit avant tout travail (BAR), soit après l'épreuve du travail (PINARD, COUVELAIRE).

En un mot, le plus grand nombre la réservait aux cas purs, non infectés.

MM. SHICKELÉ et BRINDEAU introduisirent en France, en 1924, la *césarienne basse* ou supra-symphysaire.

La *césarienne basse sous-péritonéale*, pratiquée sur un utérus avec col déjà largement ouvert, constitue une excellente voie de drainage et expose moins la femme au danger d'une infection locale ou générale.

En plus, elle a les avantages de pouvoir intervenir d'une façon plus tardive, et d'exécuter la césarienne

à n'importe quel moment du travail et d'extraire un enfant vivant avec moins de risques pour la mère.

Mais ce procédé présente les inconvénients suivants :

1. Au cours du décollement ou au moment de l'extraction de l'enfant, il peut survenir des déchirures du péritoine.

2. Il peut y avoir des blessures de l'uretère et de la vessie.

3. Des complications graves post-opératoires : péritonite généralisée ou abcès pelvien.

Aussi cette voie a été rejetée et la *voie transpéritonéale* a pris sa place.

Avantages de cette voie :

1. On peut lutter efficacement contre l'infection du péritoine, grâce à la disposition anatomique.

2. La femme est moins shockée à la suite de cette intervention.

3. Aucune traction ne s'exerce sur les mésos, l'utérus n'étant pas extériorisé.

4. Péritonisation facile.

5. Infection secondaire moins fréquente, car le péritoine pelvien se défend mieux.

6. Meilleure cicatrice.

Inconvénients :

1. Opération plus longue que la césarienne classique.

2. Infection péritonéale plus à craindre que dans la césarienne de Portes, car isolement moins parfait de l'utérus.

3. Possibilité de blesser l'enfant au moment de l'incision, car le segment inférieur se trouve distendu, par suite du travail commencé depuis longtemps, chez la femme.

4. Section opératoire cachée par l'hémorragie qui est plus difficile à arrêter que dans la césarienne classique.

Tels sont les avantages et les inconvénients de cette intervention.

La césarienne basse devra être réservée aux cas où l'infection est latente, légère.

Mais, lorsque l'infection est nette, les avis des accoucheurs sont discordants :

M. BRINDEAU est partisan de la césarienne basse et, à son défaut, il préfère même l'hystérectomie.

Par contre, M. COUVELAIRE préfère la césarienne de Portes.

Suivant le Docteur PORTES lui-même, les indications de l'*extériorisation temporaire de l'utérus* sont les suivantes :

1. Dans les dystocies par tumeur praevia.
2. Dans les dystocies par présentation vicieuse de l'enfant : siège, épaule, front.
3. Dans les hémorragies par insertion vicieuse du placenta.
4. Dans les cas où l'enfant est mort, dans trois circonstances :
 - a) Quand l'extraction de l'enfant par voie basse est, sinon impossible, du moins dangereuse.
 - b) Quand il y a lieu de penser qu'une manœuvre

par voie basse est susceptible de provoquer une rupture utérine.

c) Dans les cas de putréfaction fœtale avec infection maternelle grave.

Inconvénients de la méthode :

1. Cette opération se fait en deux temps et comme telle, n'est pas facile à faire accepter, en dehors du milieu hospitalier.

2. Dangers du deuxième temps, mais ils sont minimes.

Avantages :

1. Absence de communication entre la plaie et la suture utérine de la grande cavité.

2. Possibilité d'amputer le corps utérin très facilement.

3. Conservation de la fonction de reproduction.

Dans les cas de *présentation de l'épaule négligée*, avec signes nets d'infection, l'*opération de PORTES* paraît indiquée.

Si, cependant, l'infection a traversé la barrière utérine et pénétré dans la voie sanguine, l'*hystérectomie* est nécessaire.

L'hystérectomie s'impose aussi lorsqu'il y a rupture utérine, dans les cas de présentations de l'épaule négligées et suivant LARET « dans les présentations de l'épaule négligée, chez une grande multipare, dont l'avenir obstétrical peut être négligé, du fait de nombreuses grossesses antérieures ».

Un fait est certain : EN PRÉSENCE D'UNE PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE NÉGLIGÉE, PAS D'EXPECTATION. Il faut aller

vite, car la femme court les plus grands dangers de mort.

Mais, combien il serait souhaitable que les femmes viennent consulter pendant la grossesse, pour éviter une présentation négligée, pour leur instituer un traitement prophylactique.

PRESENTATIONS DE L'ÉPAULE NEGLIGÉES A LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE (1926-1936)

M. PINARD rapportait -- comme nous l'avons déjà dit -- que, 50 ans avant lui, l'interne de garde était réveillé, presque chaque nuit, pour une présentation de l'épaule.

Parmi ces présentations de l'épaule, il y avait, certainement, un grand nombre de présentations négligées.

Nous n'avons pas de statistiques de présentations de l'épaule négligées, à la Maternité de Lariboisière, datant de cette époque.

Mais le nombre des présentations de l'épaule négligées devait y être probablement considérable, comme, d'ailleurs, dans les autres maternités.

Le public n'était pas éduqué; les femmes ne venaient pas consulter pendant la gestation; les présentations transverses n'étaient pas dépistées, ni transformées.

La mortalité, tant maternelle que fœtale, devait être considérable.

Depuis, par suite de la vigoureuse impulsion donnée par les Maîtres de l'obstétrique et par les médecins, l'éducation publique s'est faite peu à peu; de plus en plus nombreuses, les femmes enceintes viennent se faire examiner à intervalles réguliers, dans les consultations de maternité.

Les présentations de l'épaule négligées se voient de moins en moins.

Il est intéressant de suivre le progrès réalisé par les consultations prénatales à la Maternité de Lariboisière.

Des statistiques plus anciennes, datant d'avant 1926, montrent un pourcentage de 25 %, puis de 20 % et la dernière montre 15 % de présentations négligées.

Depuis 1926, nous avons eu l'occasion de voir des présentations négligées, mais le nombre est infime par rapport, non seulement au nombre des accouchements normaux, mais aussi par rapport aux présentations de l'épaule, qui ont été transformées pendant la gestation, ou dans lesquelles on est intervenu avant ou immédiatement après la rupture de la poche des eaux et dont les résultats ont été plus que satisfaisants.

La statistique actuelle nous montre les faits suivants:

Année	Nombre d'accouchements	Nombre de prés. de l'ép.	Nombre de prés. de l'ép. négligées
1926	1.994	5	1
1927	2.172	7	0
1928	1.992	8	0
1929	1.768	6	2
1930	1.892	7	0
1931	2.169	3	0
1932	2.267	8	0
1933	2.500	10	0
1934	3.720	6	2
1935	3.264	5	1
	23.838	65	6

D'après ce tableau, il y a des véritables périodes d'accalmie, pendant lesquelles aucune présentation de l'épaule n'a été négligée. De 1926 jusqu'en 1929, il ne s'est présenté aucune présentation négligée. Et puis, il faut attendre 5 ans pour voir, dans le service, une autre présentation négligée.

Pendant 10 ans, sur 65 présentations de l'épaule, il y en eut 6 qui ont été négligées, soit 9 %.

Il est évident, le progrès réalisé.

Parmi les six femmes, qui ont eu des présentations négligées, il n'y en a qu'une seule, dont la gestation a été suivie à la maternité de Lariboisière. Les autres cinq ne sont pas venues consulter pendant leur grossesse.

Parmi les six, il y avait quatre grandes multipares : V^e geste, VI^e geste, VII^e geste et IX^e geste, ce qui explique la présentation transversale; chez une de ces six femmes (II^e geste) la présentation était due à un placenta praevia; enfin, chez la dernière (I geste), on ne peut rattacher la présentation transversale à une cause quelconque.

L'accouchement s'est terminé de la façon suivante :

- 2 embryotomies rachidiennes (Obs. n^{os} 4 et 6).
- 1 accouchement méthodiquement rapide, suivant la technique de Delmas (Obs. n^o 3).
- 1 version par manœuvres internes (Obs. n^o 5).
- 1 opération de Portes (Obs. n^o 2).
- 1 évolution spontanée (Obs. n^o 1.,

Sur les six accouchements, il y a eu trois fœtus morts, ce qui donne une mortalité fœtale de 50 %.

Quant à la mortalité maternelle, elle est de 15 %, car il y a eu une femme, qui est morte pendant qu'on pratiquait la délivrance artificielle (Obs. n° 6).

La morbidité maternelle est peu élevée.

Il n'y a qu'un seul cas où des déchirures de la paroi vaginale se sont produites (Obs. n° 4).

Donc, morbidité maternelle 15 %.

Somme toute, la statistique actuelle montre que les présentations de l'épaule négligées sont devenues beaucoup plus rares et cela grâce — nous ne craignons pas de répéter — aux consultations prénatales.

Et si ces présentations se voient de temps à autre dans le service de la maternité, c'est qu'il s'agit, soit des femmes venues de la campagne, soit — le plus souvent — des étrangères.

Le cas de ces étrangères est intéressant; ces étrangères, soit qu'elles ne connaissent suffisamment la langue du pays, soit qu'elles ne sont pas assez habituées à la mentalité française, soit à cause d'une appréhension qui s'explique mal, ne viennent pas consulter pendant la gestation; et lorsque, poussées par la nécessité, elles se présentent à la maternité, il est déjà trop tard pour parer à une présentation irréductible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme T. P., 33 ans. V pare.

Rien à signaler dans les antécédents.

Admise dans le service le 2 juin 1926.

Les dernières règles remontent au 30 octobre 1925; il s'agit donc d'une grossesse au terme de 6 mois 1/2.

Les premières douleurs sont apparues le 1^{er} juin 1926, à 17 heures.

La dilatation a été complète, le 2 juin à 14 heures, mais les membranes sont rompues depuis le 30 mai.

On diagnostique une *présentation de l'épaule gauche négligée*.

Le 2 juin, à 14 h. 10, l'accouchement se fait spontanément par *évolution spontanée*.

Enfant mort et macéré, pesant 1.600 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Placenta : 350 gr.

Suites de couches normales.

La gestation a été suivie en ville.

OBSERVATION N° 2

Mme E. B., 39 ans. IX geste.

Admise le 6 janvier 1929, à 17 h. 15.

Les dernières règles remontent au 22 mars 1928; il s'agit donc d'une grossesse à terme.

Le début du travail fait son apparition le 6 janvier, à 13 heures.

La dilatation est complète, le 6 janvier à 17 h. 15, mais la rupture des membranes est réalisée depuis le 4 janvier à 21 h., soit depuis 44 heures.

On diagnostique une *présentation de l'épaule négligée*. L'épaule est fortement engagée.

On pratique l'*extériorisation temporaire de l'utérus* suivant le procédé de Portes.

Extraction d'un enfant (fille) vivant, pesant 3.500 gr.

On pratique la délivrance artificielle; placenta: 750 gr.

Gestation suivie en deux fois à Lariboisière et en ville.

OBSERVATION N° 3

Mme B. G., 30 ans, V geste, 4 accouchements à terme normaux.

Admise le 8 mai 1929, à 3 h. 30.

Les dernières règles remontent en juillet 1928 ; donc, grossesse à terme.

Les premières douleurs sont apparues le 7 mai, à 12 h.

Les membranes sont rompues le 8 mai, à 1 heure.

Accouchement méthodiquement rapide (DELMAS), pour *présentation de l'épaule négligée*.

Membranes rompues depuis 5 heures. Membre supérieur engagé dans le vagin ; dilatation de 5 fr.

Injection rachidienne de scurocaïne.

Dilatation bi-manuelle très facile (durée : 3 minutes)

Version par manœuvres internes réalisée facilement, quoique sans liberté exagérée. Accouchement terminé par grande extraction avec Mauriceau facile.

Extraction d'un garçon, pesant 3.430 gr., né en état de mort apparente (forme blanche), ranimé facilement (2 circulaires serrés).

Délivrance immédiate par traction et expression ; placenta : 500 gr.

L'utérus revient immédiatement et est rétracté parfaitement. Pas d'hémorragie.

Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Gestation suivie en ville.

OBSERVATION N° 4

Mme L. J., 26 ans. I geste.

Admise le 24 mai 1924, 2 heures.

Les douleurs ont débuté, en ville, le 23 mars, à 6 h.

Rupture des membranes prématurée.

Le 23 mars, à 19 heures, un médecin et une sage-femme constatent une procidence du cordon et du bras gauche.

Le 24 mars, à l'entrée de la femme dans le service, on diagnostique difficilement une *présentation de l'épaule gauche, en dorso-antérieure, négligée*, l'utérus rétracté empêchant de percevoir les parties fœtales. A. I. G. A. probable.

Procidence du bras gauche et du cordon, qui ne présente aucun battement.

On pratique une *embryotomie rachidienne* au niveau de la 10° dorsale environ, pour épaule enclavée.

Extraction des moitiés fœtales à l'aide de pinces de Museux, car il est impossible de saisir un pied. Extraction relativement facile de la tête dernière.

Garçon pesant 3.000 gr. ; placenta : 500 gr.

La délivrance artificielle montre l'intégrité de l'utérus ; mais il existe des déchirures de la paroi vaginale antérieure jusqu'au col et au cul-de-sac latéral droit.

Sonde urétrale à demeure. Ergotine.

Bassin à parties molles étriquées.

Température : 37°3.

Gestation suivie en ville.

OBSERVATION N° 5

Mme B., 24 ans, VII geste., 4 accouchements normaux,
2 fausses-couches.

Admise le 4 décembre 1934, à 12 heures.

Les dernières règles, 12 mars 1934.

Les douleurs débutent le 4 décembre, à 11 heures.

Rupture des membranes spontanée précoce ; depuis
24 heures.

Présentation de l'épaule gauche négligée. Diagnostic
posé à la suite de la descente du membre supérieur gau-
che dans le vagin.

!Cordon à l'orifice du col.

Tête sentie à gauche.

Col souple à dilatation grande paume.

On pratique la *version par manœuvres internes*, sous
anesthésie générale au chloroforme.

Siège en haut de l'utérus et à droite ; dos en arrière.

Version facile. Mauriceau sur tête dernière.

Délivrance artificielle immédiate complète ; placenta :
530 gr.

Fille vivante : 2.850 gr.

Gestation suivie à Lariboisière.

OBSERVATION N° 6

Mme N. L., 41 ans, II pare.

Admise le 9 novembre 1935, à 11 heures.

La femme arrive de ville avec une *présentation de*

l'épaule négligée, en dorso-antérieure de l'épaule gauche, avec procidence, hors de la vulve, de tout le membre supérieur droit. Tête à droite, au-dessus du détroit supérieur.

Pas de bruits du cœur.

On pratique l'*embryotomie rachidienne*. La décollation faite, il suffit de tirer sur le bras droit, pour extraire sans difficulté le tronc. Extraction facile de la tête, en tirant sur le maxillaire inférieur, avec deux doigts dans la bouche.

La délivrance artificielle immédiate montre l'insertion du placenta en avant et permet de constater qu'il n'y a pas de rupture utérine ; on ne sent même aucune fissure sur le segment inférieur.

La femme se cyanose et, malgré tous les efforts tentés, pendant plus d'une heure pour la ranimer (respiration artificielle, tractions rythmées de la langue ; huile camphrée, lobéline ; ballon d'oxygène et oxygène sous-cutané), elle ne peut être ranimée. Elle a perdu très peu de sang, pendant l'opération. La cyanose est apparue au moment de la délivrance artificielle, alors que le placenta n'était pas décollé.

Elle est arrivée avec une présentation en évolution spontanée et sans doute forcée, parce qu'elle a dû pousser malgré elle, venant d'Epinay, en ambulance, et arrivant avec un membre supérieur hors de la vulve, croyant n'avoir pas perdu les eaux.

Extraction d'une fille : 3.050 gr. ,

Placenta : 380 gr.

Femme décédée à 12 h. 40.

Gestation non suivie.

CONCLUSIONS

I. — La présentation de l'épaule négligée se trouve constituée lorsque la gestation n'ayant pas été suivie, l'épaule est engagée, l'amnios vide de liquide, l'utérus contracturé, le segment inférieur aminci, le tout accompagné de la mort de l'enfant.

II. — Pratiquement, il n'y a pas d' « accouchement » dans la présentation de l'épaule négligée, à terme ou aux environs du terme.

III. — Toutes les présentations de l'épaule, quelle que soit leur cause peuvent arriver à l'épaule négligée, si la parturiente n'est pas suivie au cours de la grossesse.

IV. — Le traitement de la présentation de l'épaule doit être prophylactique, pour éviter un traitement proprement dit de l'épaule négligée.

V. — Le nombre des présentations de l'épaule négligées dans le service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière tend à diminuer progressivement, puis-

que le pourcentage est tombé de 25 % à 9 % des présentations de l'épaule.

Cette diminution de pourcentage est due à l'éducation des femmes, qui viennent de plus en plus aux consultations prénatales, et au traitement prophylactique.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — De l'emploi de l'embryotome-cisaille d'Adamo-Fieux pour effectuer la décollation dans les présentations de l'épaule irréductibles. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1926, n° 10.)
- BARNEY W.-R. — Breech delivery (*Ohio State M. J.* 30 : 297-299, May 1934.)
- BERGER Sévère. — Les présentations de l'épaule à la maternité de l'hôpital Lariboisière (1922-1931). (*Thèse de Paris*, 1931.)
- BERTRAND Roger. — Contribution à l'étude du traitement de la présentation de l'épaule. (*Thèse de Paris*, 1927.)
- BORNIDA C. — Presentazione di spalla che si repete por la terza volta nella stesse dona. (*Riv. d'ostetrica e Ginecologia prat.* 15, 264-266, June 1933.)
- CARRET M. — Présentation de l'épaule avec rigidité du col. (*Soc. d'Obstétrique et Gynécologie d'Alger*, séance du 9 décembre 1933 in : *Algérie Médicale*, septembre 1934.)
- CIAUDO et BONA. — Présentation de l'épaule, 5 cas. (*Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 17, 233-236, mars 1928.)
- DALEAD. — Présentations de l'épaule. (*Toulouse Médical*, n° II, 1^{er} juin 1929, page 340.)
- DALEAS. — Présentation de l'épaule. (*Bull. de la Soc. d'Obstétrique et Gynécologie* 18, page 656-58, novembre 1929.)

- DEL PRÉTA. — Evoluzione pelvica spontanea nella presentazione della spalla. (*Med. Ital.* 12, page 654-664, novembre 1931.)
- DIAZ L. — Procedimento eficaz en los casos de presentacion de hombre con ausencia de liquido amniotico. (*Cron. Med. Lima* 48, pp. 294-297, septembre 1931.)
- DUVILLIER et BÉGHIN. — Opération de Porro pour présentation de l'épaule négligée. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, Paris, 1924.)
- GALLAIS G. — Version spontanée dans un cas de présentation de l'épaule. (*Revue Médicale Française*, décembre 1929, n° 9, p. 843.)
- GUÉNIOT P. — L'opération césarienne avec ou sans hystérectomie dans la présentation de l'épaule. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* 22, pp. 225-237, mai 1927.)
- L'opération césarienne prophylactique de dystocie par présentation de l'épaule. (*Bull. Méd., Paris*, 42, pp. 1135-1137, 24 oct. 1928.)
- HEHRER F. — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. (*Congrès périod. de Gynéc. et d'Obst. et de Pédiatrie*, 1895-1896.)
- HEINRICIUS O. — Sur l'emploi du crochet de Braun dans les présentations de l'épaule négligées. (*Arch. d'Obstétr. et de Gynécol.*, Paris, 1893.)
- HORNSTEIN M. — Arrested shoulders in vertex presentation. (*New-York State J. med.* 33 : 700, june 1933.)
- HOUËL et JAHIER. — Césarienne basse pour présentation négligée. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* 17, p. 841, nov. 1928.)
- A propos d'un cas de placenta praevia et présentation de l'épaule traitée par la césarienne supra-symphysaire. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* 18, p. 615, novembre 1929.)

- LACOMME Maurice. — Indications thérapeutiques dans les cas de présentation de l'épaule. (*Bull. Médical sup.* au n° 14, 7 avril 1934.)
- LAFFONT et SCHEBAT. — Evolution spontanée d'une présentation de l'épaule. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, séance du 13 avril 1929.)
- LANTUÉJOL. — Césarienne pour un cas de présentation de l'épaule négligée. (*Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn.* Paris, n° 3, p. 170, 1924.)
- LAPEYRIE, BATTLE et SAUVY. — Rupture utérine dans un cas de présentation de l'épaule négligée. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* 22, pp. 776-778, nov. 1933.)
- LARRET. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical dans les présentations de l'épaule négligées. (*Thèse de Bordeaux*, 1933.)
- MACÉ O. — Des présentations de l'épaule négligées. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1902.)
- MASSINI G. — Il disinfequo della spalla nei feti macrosomi. (*Riv. d'Ost. et Ginec. Prat.* 16, p. 244-248, june 1934.)
- MOREL M. — A propos de la présentation de l'épaule dite négligée. (*Bourgogne Médicale*, n° 3, mars 1929.)
- MUGLIA N. — Sulla modalita di tecnica operativa ostetrica nei varli casi di presentazione di spalla trascurata. (*Riv. d'Ost. e Ginec. prat.* 13, p. 436, octobre 1931.)
- NAJMARK C. — Considérations sur la présentation de l'épaule et son traitement. (*Thèse Paris*, 1935.)
- NAUDIÈRE. — Contribution à l'étude du traitement des présentations de l'épaule négligées. (*Thèse Paris*, 1926.)
- OLIVEIRA NELLO. — Césarienne e embriyotemia. (*Riv. d'Ostet. e Ginec.* 23, pp. 502-508, décembre 1929.)

RABAUDEJ. — Présentation de l'épaule négligée et embryotomie dans la pratique rurale. (*Thèse Toulouse*, 1913.)

REEB M. — A propos du traitement des présentations de l'épaule négligées. (*Soc. d'obst. et gynéc. de Strasbourg*, séance du 2 mai 1931.)

— A propos des présentations de l'épaule négligées, clinique et thérapeutique. (*Rev. franç. de gynéc. et d'obst.*, 26, pag. 417-425, août 1931.)

RENET M. — Etude statistique de la présentation de l'épaule à la maternité de Saint-Louis de 1929 à 1933. (*Thèse Paris*, 1933.)

RHENTER et BENOIT. — Présentation récidivante de l'épaule à deux gestations successives dans un utérus cordiforme. (*Bull. Soc. d'obst. et gynéc.* 21, pag. 228, mars 1932.)

SASSI P. — Un caso di parto naturale per la spalla di feto a termine. (*Clinica ostetr.* 36, pag. 20-22, Janv. 1934.)

SILARROS A. — Distacco precoce di placenta previa marginale con presentazione di spallo del feto. (*Riv. d'ostet. e ginec. prat.* 16, pag. 302-304, june 1934.)

